

FILHO OU ENTEADO ENTRE 21 E 24 ANOS E ESTUDANTE
() INCLUSÃO () REINCLUSÃO () PERMANÊNCIA

Código:		Nome do Titular:	
Lotação:		Ramal:	SITUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Juiz <input type="checkbox"/> Juiz Classista <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Requisitado <input type="checkbox"/> Cedidos <input type="checkbox"/> Exercício Provisório <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Pensionista
Telefone Residencial:		Telefone Celular:	
E-mail:			

Nome do Dependente:		CPF do Dependente:
Parentesco:	Data de Nascimento:	Nome da Mãe do Dependente:

Nome do Dependente:		CPF do Dependente:
Parentesco:	Data de Nascimento:	Nome da Mãe do Dependente:

Nome do Dependente:		CPF do Dependente:
Parentesco:	Data de Nascimento:	Nome da Mãe do Dependente:

Nome do Dependente:		CPF do Dependente:
Parentesco:	Data de Nascimento:	Nome da Mãe do Dependente:

TERMO DE COMPROMISSO

Comprometo-me a cientificar à Diretoria do Serviço de Assistência ao Pessoal qualquer alteração que importe a perda da condição de beneficiário do Programa de Assistência à Saúde - TRT SAÚDE 10, do(s) dependente(s) acima relacionado(s), conforme estabelece o art. 10, inciso III, alínea "b", do Regulamento.

A mudança do estado civil, a constituição de união estável ou a interrupção da escolaridade do(s) dependente(s) devem ser obrigatoriamente informada a esta Diretoria do Serviço de Assistência ao Pessoal.

O descumprimento do estabelecido neste termo acarretará a exclusão de ofício do(s) dependente(s), custeio integral das despesas eventualmente realizadas e a quitação do débito no percentual de 10% da remuneração bruta mensal, conforme o art. 25 §1.º, combinado com o art. 27, inc. III, ambos do Regulamento do Programa de Assistência à Saúde, sem prejuízo das penalidades administrativas previstas na Lei 8.112/90.

Local:	Data:	Assinatura:
--------	-------	-------------

Senhor Chefe do Departamento de Pagamento de Pessoal,

De ordem do Diretor do Serviço de Assistência ao Pessoal solicitamos que nos seja informado o valor da remuneração bruta do servidor (a).

Bsb, _____ de _____ de 200 .

Diretoria do Serviço de Assistência ao Pessoal

Senhor Diretor do Serviço de Assistência ao Pessoal,

Informo a Vossa Senhoria que o servidor (a) receberá como remuneração bruta o valor de R\$ _____

Bsb, _____ de _____ de 200 .

Departamento de Pagamento de Pessoal

Senhor Chefe do Departamento de Pagamento de Pessoal,

De ordem do Diretor do Serviço de Assistência ao Pessoal, solicitamos que nos seja informada a existência de margem consignável para a realização do desconto da mensalidade abaixo discriminada, assim como do custeio sobre a utilização dos serviços.

O valor, se disponível, deverá ser mantido sob reserva para possibilitar a manutenção do (a) beneficiário no Programa.

Mensalidade TRT SAÚDE 10 - Valor Atual	Mensalidade TRT SAÚDE 10 - Novo Valor
R\$	R\$

Bsb, _____ de _____ de 200 .

Diretoria do Serviço de Assistência ao Pessoal

Senhor Diretor do Serviço de Assistência ao Pessoal,

Informo a Vossa Senhoria que para fins de desconto do custeio e mensalidade:

Existe margem consignável

Não existe margem consignável

Bsb, _____ de _____ de 200 .

Departamento de Pagamento de Pessoal

